616.990

Aus der chirurgischen Klinik zu Kiel.

Zwei Beiträge

zur

Kasuistik der Tuberculosis herniosa.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Wilhelm Nicks,
approb. Arzt aus Nahausen N./M.

Kiel 1902.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Stanford Univ. SEP 4 1902 Library

Aus der chirurgischen Klinik zu Kiel.

Zwei Beiträge

zur

Kasuistik der Tuberculosis herniosa.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Wilhelm Nicks,
approb. Arzt aus Nahausen N./M.

Kiel 1902.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 63.
Rektoratsjahr 1902/03.

Referent: Dr. **Helferich.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Helferich,**
z. Z. Dekan.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153321_0064

Im Jahre 1892 veröffentlichte Bruns als erster in Deutschland 13 Fälle von Tuberkulose im Bruchsack, von denen einer selbst beobachtet und zwölf aus der Litteratur gesammelt waren. Er gab dieser seltenen Erkrankung den Namen Tuberculosis herniosa und verbreitete sich ausführlich über ihre Ätiologie. Schon 1889 hatte in Frankreich Lejars und 2 Jahre später Jonnesco 11 hierher gehörige Fälle gesammelt und veröffentlicht, sodass Bruns, als Phocas, ebenfalls ein Franzose, gleich darauf den 12. beschrieb, der Kasuistik seine Beobachtung als Nummer 13 anreihen konnte.

Inzwischen war von Tscherning ein weiterer Fall mitgeteilt worden, und im Jahre 1898 konnte man durch eine Veröffentlichung Haeglers in Basel 5 weitere Fälle, von denen je 2 von Southam und Remedi beobachtet waren.

Aus der Greifswalder Klinik erschien dann im Jahre 1895 eine Arbeit von Tenderich, durch die drei neue dort beobachtete Fälle den alten angegliedert und einer aus der schwedischen Litteratur, 1893 durch Belefrage veröffentlicht, im Referat mitgeteilt wurde.

Im folgenden Jahre trat Roth mit drei Fällen aus der Heidelberger Klinik an die Öffentlichkeit, und 1897 und 98 erschienen weitere Publikationen, die eine von Brackel mit 2, und die andere von Sternberg mit einem Beitrage.

Im vergangenen Jahre endlich hat Justian aus dem Wiener Garnison-Spital eine hierher gehörige Hernien-

erkrankung veröffentlicht und damit der Kasuistik den 30. Fall angefügt.

Ich bin nun in der Lage, diese Zahl durch zwei neue Beobachtungen aus der Kieler chirurgischen Klinik auf 32 zu erhöhen. Sie bieten zwar nichts Besonderes gegenüber den früheren dar, doch scheint ihre Veröffentlichung durch die Seltenheit der Erkrankung gerechtfertigt.

Zunächst will ich jedoch die bisher bekannten Fälle in der Reihenfolge, wie sie veröffenlicht sind, im Auszuge oder, soweit mir die Originalarbeiten nicht zur Verfügung stehen, nach Referaten anführen, damit das ganze Material überblickt und zwischen den einzelnen Fällen ein Vergleich angestellt werden kann.

1. Cruveilhier: Bei der Sektion eines alten Mannes mit Leistenhernie war der Bruchsack und auch das übrige Bauchfell mit Tuberkeln besät.
2. Cruveilhier: Die Sektion einer bejahrten Frau, die an tuberkulöser Peritonitis gelitten hatte, ergab einen abgeschlossenen, mit seröser Flüssigkeit gefüllten Bruchsack des Schenkelringes. Dieser sowie das ganze Peritoneum war mit Tuberkeln besetzt.
3. Cruveilhier: Bei einem alten Manne, der an Kehlkopftuberkulose und Miliartuberkulose der Lungen gestorben war und zwei sehr grosse Leistenhernien hatte, war allein der Bruchsack und die darin enthaltene Partie des Netzes mit Tuberkeln besetzt.
4. Puech macht uns bekannt mit einer von ihm beobachteten tuberkulösen Entartung des Ovariums, das in einem Bruchsack lag.
5. Hayem fand bei der Autopsie eines weiblichen Individuums, das an einer schmerzlosen Entzündung tuberkulöser Art in einem Bruchsacke gelitten hatte, diesen in zahlreiche, fächrige Räume geteilt, die mit einander kommunizierten und mit gelatinöser Flüssigkeit erfüllt waren.

6. Brissaud sah bei einem 25 jährigen jungen Mann mit Infiltration beider Lungenspitzen, aber ohne Fieber und Nachtschweisse, in einer seit 10 Jahren bestehenden rechtsseitigen Inguinalhernie Erscheinungen von Einklemmung und lokaler Peritonitis auftreten. Es wurde die Herniotomie gemacht, doch starb der Kranke nach 48 Stunden. Die Sektion ergab, dass die vorgefallene Darmschlinge und der Hals des Bruchsackes der Sitz einer tuberkulösen Entzündung waren. Von hieraus hatte die Peritonitis um sich gegriffen.
7. Largeau berichtet von einem 5½ jährigen Knaben mit rechtsseitiger Leistenhernie aus frühester Kindheit. Der Patient war schwächlich, litt an Müdigkeit, schlechtem Appetit, Schmerzen im Leib, Durchfall und geringem Fieber, später auch an Schmerzempfindung in der Inguinalgegend. Bei der aus diesem Grunde gemachten Herniotomie fand man den Inhalt des Bruchsackes, vorgefallenes Netz, an der Oberfläche mit Tuberkeln besetzt und teilweise mit dem Sack verwachsen. Aus der Bauchhöhle wurde ½ Liter klarer seröser Flüssigkeit entleert. Der Bruchsack und der vorliegende Teil des weit hinauf erkrankten Netzes wurden entfernt. Nach 22 Monaten war der Knabe von jeder nachweisbaren tuberkulösen Affektion frei.
8. Berger sah eine 38 jährige Frau mit nur wenig krankhaft veränderten Lungen, die in einer Schenkelnetzhernie, welche seit 3 Wochen bestand und nicht reponierbar war, zeitweise Schmerzanfälle bekam und sich deshalb einer Radikaloperation unterzog. Das ganze Netz fand man mit in Verkäsung begriffenen Tuberkeln besetzt. Durch Aufrollen war in demselben eine nussgrosse Cyste gebildet, die mit seröser Flüssigkeit angefüllt war. Die erkrankten Teile entfernte man, und es trat rasch Heilung ein.
9. Legars: Eine Frau in den 40er Jahren, die mit Lungentuberkulose behaftet war, liess sich an einer lange be-

stehenden rechtsseitigen Schenkelhernie wegen Einklemmungserscheinungen operieren. Der Bruchsack war mit sehr feinen Tuberkelknötchen bedeckt, während der Inhalt frei davon war. Der Bruchsack wurde entfernt, und und die Heilung ging gut von statten.

10. Guinon: Ein alter Mann mit einer seit langer Zeit bestehenden linksseitigen Leistenhernie starb an akuter Miliartuberkulose, die sich aus einer chronischen Lungentuberkulose entwickelt hatte. Bei der Sektion fand man einzelne Tuberkel auf dem Peritoneum; um den Bruchsackhals jedoch konstatierte man einen dichtgedrängten Ring von tuberkulösen Granulationen.
11. Jonnesco: Ein 21 jähriger, sonst gesunder, nicht tuberkulös belasteter Mann hatte seit ½ Jahr einen doppelseitigen, reponiblen Leistenbruch. Während der linke klein blieb, vergrösserte sich rasch der rechte und wurde schmerzhaft. Nach der Reposition zeigte er eine umschriebene Verdickung des Bruchsackes. Aus diesem und der Bauchhöhle floss bei der Operation eine grössere Menge gelblicher Flüssigkeit. Der Bruchinhalt, Netz und Darmschlinge, waren normal. Auf dem Grunde des sonst gesunden Bruchsackes fand sich eine harte, über die Innenfläche vorragende Verdickung mit unregelmässiger, filziger Oberfläche. Die histologische Untersuchung ergab das Vorhandensein von Tuberkeln. Der Operierte war ein Jahr nach dem Eingriff noch gesund.
12. Phocas: Bei einem 7 jährigen Knaben mit einer rechtsseitigen, angeborenen Hydrocele wurde die Radikaloperation ausgeführt. Es entleerte sich nach Eröffnung des Peritoneasalckes zum grössten Teil aus der Bauchhöhle ½ Liter seröser, gelblicher Flüssigkeit, in der Tuberkelbazillen nachgewiesen wurden. Der Hydrocelensack, welcher stark verdickt und mit Tuberkeln besetzt war, wurde exstirpiert. Weil Zeichen von Peritoneal-

tuberkulose mit Ascitis auftraten, wurde nach 2 Monaten die Laparotomie gemacht. Zunächst trat jetzt Besserung ein, doch dann verschlimmerte sich der Zustand allmählich wieder, und nach 14 Monaten trat infolge der Generalisation der Tuberkulose der Tod ein.

13. Bruns: Ein 52 jähriger Mann mit Lungentuberkulose und Pleuritis kann seinen seit 25 Jahren bestehenden rechtsseitigen Leistenbruch nicht mehr zurückbringen. Dieser Zustand besteht 4 Monate. Seit 2 Monaten ist unterhalb des jetzt gänseeigrossen Bruches, der schmerzhaft ist, eine Geschwulst zur Ausbildung gekommen. Aus diesem fluktuierenden, aber nicht transparenten Tumor entleert sich bei der Probepunktion käsiger Eiter, der Tuberkelbazillen enthält. Bei der Operation zeigt der obere Bruchsackteil normale Wandungen. In ihm befindliche Netzteile sind mit miliaren bis bohnengrossen Tuberkelknötchen bedeckt. Unten ist das Netz mit den Wandungen des Sackes verwachsen und hat dadurch die abgesackte, käsige Höhle zustande gebracht. Die Bruchsackwand ist nur an der Übergangsstelle zu jenem Tumor von tuberkulösen Knötchen durchsetzt. Der Bruchsack und das erkrankte Netz werden entfernt. Nach 10 Tagen ist die Wunde geheilt.
14. Tscherning: Ein hereditär belasteter 5 jähriger Knabe hat eine angeborene, doppelseitige Leistenhernie. Bei der Radikaloperation des rechten Bruches entleert sich seröse, gelbliche Flüssigkeit aus dem Sacke. Dieser ist mit miliaren Knötchen und einer bohnengrossen, käsigen Granulationsgeschwulst bedeckt. Er wird exstirpiert und die bei der Operation gestellte Diagnose wird histologisch und bakteriologisch bestätigt. Nach 4 Jahren ist der Knabe noch gesund und die linksseitige Hernie ist inzwischen spontan verschwunden.
15. Haegler: Ein 19jähriger, nicht tuberkulös belasteter Schlosser, der eine Pleuritis vor einem halben Jahre

überstanden hat, von der zeitweise auftretende Reibegeräusche zurückgeblieben sind, leidet seit 5 Monaten an einer rechtsseitigen Leistenhernie von der Grösse eines Gänseeies. Sie ist beim Betasten schmerzhaft, von derber Konsistenz und höckriger Beschaffenheit. Bei der Operation findet man nicht, wie vermutet wurde, vorgefallenes Netz, sondern der nur wenige ccm einer serösen Flüssigkeit enthaltende Bruchsack ist verdickt und in seinen unteren Partien mit kleineren und grösseren Knötchen bedeckt, die mikroskopisch als Tuberkel erkannt werden. Durch Entfernen des Bruchsackes wird Patient von der tuberkulösen Erkrankung geheilt. Nach einem Jahr ist er noch gesund.

16. Southam: Ein 27jähriger Mann ohne hereditäre Belastung, der vor 3 Jahren an Haemoptoe gelitten hatte, hat seit 6 Jahren einen rechtsseitigen Leistenbruch. Bei der Radikaloperation findet man das im Bruchsack liegende Netz am Grunde mit dessen Wand verwachsen und diese Stelle des Sackes mit bis erbsengrossen Tuberkeln besetzt. Da sich der Hoden von dem erkrankten Gewebe nicht trennen lässt, wird er mit dem Netz und Bruchsack zusammen entfernt. Es tritt Heilung ein, so dass nach 9 Monaten kein Zeichen von Tuberkulose mehr zu entdecken ist.

17. Southam: Ein schwächlicher, erblich belasteter Knabe von 6 Jahren hatte eine rechtsseitige Leistenhernie, die angeblich vor 6 Monaten aufgetreten war. Der Bruchinhalt liess sich leicht reponieren, aber es blieb dann noch eine vom Hoden abgrenzbare harte Geschwulst von der Grösse einer Haselnuss zurück. Da man sich über die Diagnose nicht klar war, wurde die Operation ausgeführt. Im Bruchsack war kein Inhalt, aber seine Wand war dicht mit Tuberkeln besetzt. Der erkrankte Sack wurde exstirpiert, und das Befinden des Knaben besserte sich derartig, dass nach 6 Monaten Spuren

von Tuberkulose an seinem Körper nicht mehr nachweisbar waren.

18. Remedi: Individium mit Infiltration beider Lungenspitzen hatte Bruchsacktuberkulose.

19. Remedi: Bei einem anderen fand sich neben allgemeiner tuberkulöser Peritonitis auch Bruchsacktuberkulose.

20. Belefrage: Ein 4jähriger Knabe hat in der linken Hälfte des Scrotums einen hühnereigrossen, fluktuierenden Tumor. Dieser schwindet auf Druck, indem sich der Inhalt in die Bauchhöhle begiebt; aber es sind nun am Grunde des entleerten Sackes Knötchen und Rauhigkeiten zu fühlen. Auf Grund dieses Befundes wird die richtige Diagnose gestellt. Bei der Operation, durch die das Kind geheilt wird, findet man Bruchsack und Bauchfell mit Tuberkeln besetzt.

21. Tenderich: Knabe von $3^3/_4$ Jahren wurde wegen einer seit kurzer Zeit aufgetretenen Anschwellung im rechten Hodensackteil in die Klinik gebracht. Er sah sehr elend aus, Ascites war nachweisbar, und die rechte Hodenhälfte zeigte eine gänseeigrosse Anschwellung; diese fluktuierte und liess sich bei gleichmässigem Druck von allen Seiten in die Bauchhöhle zurückdrängen. Der stark verdickte Bruchsack füllte sich beim Stehen rasch wieder, was beim Husten, wenn Patient lag, nicht der Fall war. Es wurde eine Scrotalhernie mit Netz- oder Darminhalt und durch Bauchtuberkulose bedingter Flüssigkeitsansammlung diagnostiziert. Bei der Operation entleerten sich aus dem Bruchsack und der Bauchhöhle 300 ccm gelblicher Flüssigkeit. Der Sack selbst und das Peritoneum parietale war mit stecknadelkopfgrossen Tuberkelknötchen bedeckt. Zwei Jahre nach der Operation fühlte sich der Knabe noch sehr wohl, doch erlag er 6 Monate später einer Lungen-

und Bauchfelltuberkulose, die nach einer Erkrankung an Influenza aufgetreten war.

22. Tenderich: Der 7jährige Knabe P. B., aus einer nicht tuberkulösen Familie stammend, hat seit 4 Monaten eine pralle, flutuierende, etwa gänseeigrosse Geschwulst der rechten Scrotalhälfte. Sein Abdomen ist aufgetrieben, und es ist eine Flüssigkeitsansammlung darin nachweisbar. Die Hodengeschwulst kann in dasselbe durch gleichmässigwirkenden Druck zurückgedrängt werden, doch fühlt man dann noch besonders am Grunde des Bruchsackes, Unebenheiten und Rauhigkeiten. Die Anfüllung des Tumors geht ebenso wie im vorigen Falle von statten. Herr Geheimrat Helferich stellt auf Grund dieses Befundes die Diagnose: „Tuberculosis herniosa". Durch die Operation, bei der sich $^1/_4$ Liter Flüssigkeit entleert, wird dieselbe durch das Vorhandensein von hirsekorngrossen Tuberkeln im Bruchsack und auf dem übrigen Bauchfell bestätigt. Die Exstirpation des Sackes bringt dem Knaben Heilung, so dass er sich nach 8 Monaten noch wohlbefindet.

23. Tenderich: Eine 54 Jahre alte Frau mit einer lange bestehenden rechtsseitigen Schenkelhernie, die stets reponibel war, kommt wegen Einklemmungserscheinungen zur Operation. Es findet sich im Bruchsack verliegender Dünndarm. Derselbe ist mit der Bruchwand verwachsen und mit miliaren Tuberkelknötchen weit hinauf besetzt, da seine Einschnürungsstelle nekrotisch ist, wird er reseciert und die Patientin dadurch geheilt. Nach 7 Monaten sind keine Anzeichen von Tuberkulose an ihr zu entdecken.

24. Roth: Bei einem 38jährigen Mann mit tuberkulöser Belastung und deutlichen Lungenaffektionen findet sich eine rechtsseitige Leistenhernie, die vor 11 Jahren entstanden ist und sich seit 14 Tagen nicht mehr zurückbringen lässt und schmerzhaft ist. Am untern

Ende der faustgrossen, nicht fluktuierenden Geschwulst ist ein taubeneigrosser, höckriger Knoten zu fühlen, der sich durch den Leistenkanal mit einem fingerdicken Strang fortsetzt. Bei der Operation zeigt sich dieses Gebilde als vorgefallenes, am Ende stark verdicktes Netz. Es ist ebenso wie der Bruchsack mit stecknadelknopf- bis kleinlinsengrossen Tuberkeln besetzt, die sich besonders im Fundus finden, wo auch Verwachsungen eingetreten sind. Mikroskopisch werden Tuberkel und Tuberkelbazillen im exstirpierten Netz und Bruchsack nachgewiesen. Patient wird durch die Operation geheilt.

25. Roth: Knabe von 4 Jahren, aus gesunder Familie stammend, leidet an einem doppelten Leistenbruch. Derselbe ist beiderseits taubeneigross, ist von fester Konsistenz, fühlt sich uneben, höckrig, teilweise strangförmig an und giebt gedämpften Schall. Bei der Operation entleert sich gelbe, trübe Ascitesflüssigkeit in geringer Menge. Die Bruchsäcke sind mit stecknadelknopf- bis zuckererbsengrossen tuberkulösen Knötchen besetzt, von den beiderseits einer die Grösse eines Kirschkernes erreicht. Rechts finden sich auch auf dem vorliegenden, adhärenten Netz Tuberkel, während links keine Eingeweideteile im Bruchsack vorhanden sind. Die beiden erkrankten Bruchsäcke und das Netz werden exstirpiert. Patient wird geheilt und fühlt sich nach 2 Jahren noch ganz wohl.

26. Roth: Ein 55 jähriger Mann, ohne sicher nachweisbare tuberkulöse Affektionen, hat eine angeborene jetzt kindskopfgrosse, linksseitige Leistenhernie, die seit $^1/_2$ Jahr nicht mehr reponibel ist und Beschwerden verursacht. Die Geschwulst ist weich, lässt sich etwas zusammendrücken, wobei gurrende Geräusche entstehen, und giebt helltympanitischen Schall. In der Gegend des äussern Leistenringes fühlt man derbere Massen. Bei der

Operation zeigt sich ein Konvolut von verwachsenen Dünndarmschlingen, zwischen denen sich erbsen- bis haselnussgrosse Knoten und kleine, käsigen Eiter führende Abscesshöhlen finden. Die Bruchsackwand ist schwartig verdickt. Ohne einen Repositionsversuch wird die Operationswunde wieder geschlossen, nachdem nur ein paar Knoten, die sich als käsig degenerierte Lymphdrüsen erweisen, entfernt worden sind. Nach 18 Tagen wird der Patient entlassen, und nach einem Jahr hat sich die tuberkulöse Erkrankung soweit zurückgebildet, dass der Bruch wieder reponibel ist.

27 und 28. von Brackel: „Zwei Fälle von Hernientuberkulose, bei denen der Prozess in der Hernie bei einem 38 jährigen kräftigen Landarbeiter wahrscheinlich primär war".

„Im 2. Fall, bei einer 28 jährigen Frau, konnte die Diagnose mit Wahrscheinlichkeit vor der Operation gestellt werden, da geringer Ascites vorhanden war und ein hartnäckiger Durchfall bestand. Beide mit gutem Erfolg operiert."

29. Sternberg: Ein 28 jähriges Dienstmädchen hatte im 17. Lebensjahre eine langwierige linksseitige Pleuritis exsudativa und im 24. Lebensjahre eine Incarceration einer linksseitigen Leistenhernie überstanden. Vier Jahre später entwickelte sich, während die linke Bruchgeschwulst bedeutend zugenommen hatte, auf der rechten Seite eine ebenso beschaffene Hernie. Bei der Radikaloperation beider nicht incarcerierten Brüche findet sich bei sonst gutem Gesundheitsstand der Bruchsack und links auch der vorliegende Dünndarm mit miliaren Tuberkeln besetzt. Links ist im Bruchsack auch etwas seröse Flüssigkeit enthalten. Das parietale Peritoneum ist sonst frei von der Erkrankung. Bei der fieberlosen Wundheilung bilden sich fungöse Fisteln und es sammelt sich Ascitesflüssigkeit an. Nach 9

Monaten sind jedoch diese Zustände verschwunden, und es ist Heilung eingetreten, sodass sich die Patientin nach einem Jahr vollkommen wohl fühlt.

30. Justian: Der 22 jährige Infanterist S. F. kommt mit einer linksseitigen Pleuritis und einer faustgrossen reponiblen Hernie des rechten Leistenkanals, die beim Aktivieren der Bauchpresse praller wird und bei Bettruhe langsam verschwindet, in das Garnison-Spital. Ein sich aus der Pleuritis entwickelndes Empyem wird operativ beseitigt. 4½ Monat später wird auf Wunsch des Patienten an der Bruchgeschwulst die Radikaloperation ausgeführt. Der freigelegte Bruchsack zeigt sich als derber, stellenweise verdickter Schlauch, der mit Flüssigkeit gefüllt ist. Diese ist, wie die Incision ergiebt, reichlich vorhanden und von seröser Beschaffenheit. Der Bruchsack ist ebenso, wie eine bei der Operation vorgezogene Darmschlinge, mit miliaren Tuberkeln übersät. Der Bruchsack wird exstirpiert und dadurch der Patient geheilt.

Dies sind, soweit ich die Litteratur überblicke, die bis jetzt allgemein bekannten Fälle von Tuberkulose im Bruchsack. Ausserdem sind allerdings von Broca in Durante's Festschrift 15 Fälle dieser Erkrankung, die an Kindern beobachtet sind, beschrieben worden, aber da mir diese Arbeit nicht zugänglich ist, und ich infolgedessen nicht beurteilen kann, wie weit dabei hier angeführte Fälle mit benutzt sind, sehe ich mich genötigt, durch die in der hiesigen chirurgischen Klinik beobachteten Fälle mit Nummer 31 und 32 die Kasuistik abzuschliessen.

31. Fall. Anamnese: Am 30. Mai 1901 wurde die Patientin M. J., ein 18 jähriges Dienstmädchen, in die Klinik aufgenommen. Sie hat seit 2 Jahren einen Bruch in der linken Leistengegend. Da sie keine Beschwerden daran hatte, auch nie an Schmerzen litt, hat sie sich bisher keiner ärztlichen Behandlung unterzogen und auch kein Bruchband getragen.

Jedoch in der allerletzten Zeit ist die Geschwulst schmerzhaft geworden, und deshalb hat sich Patientin in die Klinik begeben.

Status: Patientin ist ein gut genährtes junges Mädchen. An den Lungen und am Herzen ist nichts Krankhaftes nachzuweisen. Das Abdomen ist aufgetrieben. Leber und Milz zeigen keine Vergrösserung. Links unten, in der Höhe des Poupartschen Bandes, dicht neben der Medianlinie, findet sich ein hühnereigrosser, prall-elastischer Tumor, der bis an die Labien hinabreicht. Derselbe lässt sich nicht durch den Leistenkanal in die Bauchhöhle zurückschieben. An seinem lateralen Ende befindet sich ein kleinerer, etwa kirschkerngrosser, der im Gegensatz zum erstgenannten beim Husten vorgetrieben wird.

Die ganze Geschwulst ist leicht druckempfindlich. Erbrechen ist nicht aufgetreten und der Stuhlgang ist normal.

1. VI. 01. Operation in Chloroformnarkose.

Ein Längsschnitt über den Tumor leitet die Operation ein. Dieser macht jetzt mehr den Eindruck einer prallelastischen Geschwulst als eines Bruches. Nach Freilegung des Bruchsackes fühlt man in ihm einen daumdicken Stiel, der in den Inguinalkanal hineinführt. Jetzt wird der Sack eröffnet, und man gelangt in einen tuberkulös veränderten Bruchsack. In demselben liegt ein Teil des Netzes, der ebenfalls mit tuberkulösen Knötchen dicht besetzt und mit der Wand vielfach verwachsen ist. Nach Ablösung desselben vom Bruchsack ergiesst sich aus der Bauchhöhle reichliche seröse Flüssigkeit.

Da eine allgemeine Peritonitis angenommen wird, eröffnet man durch einen vom Nabel bis zur Symphyse reichenden Schnitt die Bauchhöhle. Es zeigt sich dann auch das ganze Peritoneum sowie die Darmserosa dicht mit Tuberkelknötchen besetzt, die Därme sind vielfach mit einander verwachsen.

Die Verwachsungen werden nun gelöst und das vorhandene Exsudat wird entleert. Die Hernie wird nun radikal operiert und die Laparotomiewunde durch exakte Naht verschlossen.

Patientin erholt sich schnell nach der Operation. Die Nahrungsaufnahme ist bei der diätetischen Behandlung eine sehr gute.

Am 10. Tage wird der Verband gewechselt und die Nähte werden entfernt, da eine Heilung per primam intentionem eingetreten ist.

Es besteht andauernd subjektives Wohlbefinden ohne Temperatursteigerungen oder Schmerzen. Einen Monat nach der Operation wird Patientin als geheilt entlassen. Der Bauch ist nicht mehr aufgetrieben und es ist eine Zunahme des Körpergewichtes um 1,5 kg zu konstatieren.

Am 20. VI. 02, also 12 Monate nach der Entlassung, teilt mir der Vater der Patientin mit, dass es seiner Tochter gut ginge, und dass sie wieder als Dienstmädchen thätig sei.

32. Fall. Anamnese: Der 6jährige Knabe E. K., aus einer völlig gesunden Familie stammend, ist von seinem 1. Lebensjahr ab schon immer sehr schwächlich gewesen. Er wurde nach seiner Geburt 3 Wochen von der Mutter und dann mit Kuhmilch genährt. Da das Kind schlecht gedieh, nahmen die Eltern hinter einander 3 Ammen, die jedoch nicht vorher ärztlich auf ihren Gesundheitszustand untersucht waren. Das Kind blieb schwächlich. Es überstand im 2. Lebensjahr die Masern. Wiederholt wurden Ärzte konsultiert, da der Junge immer bleich aussah und schlechten Appetit und unregelmässigen Stuhlgang hatte. Vor 3 Jahren wurden die Eltern zum ersten Mal auf das Entstehen eines rechtsseitigen Leistenbruches aufmerksam gemacht, und am 20. Mai 1902 wird ihnen in der hiesigen chirurgischen Klinik die Operation zur Beseitigung dieses wenig beachteten Leidens vorgeschlagen.

Alter

Status. 20. V. 02. Patient ist ein für sein etwas kleiner, kindlicher, blass aussehender Junge im mässigen Ernährungszustand. Er hustet ein wenig, und man hört über den Lungen vereinzelte giemende Geräusche. Das Herz ist ohne Besonderheiten. Das Abdomen ist weich und nirgends druckempfindlich. Rechts unten findet sich eine kleine „Inguinalhernie", die leicht reponiert werden kann. Der Bruchring ist für den Zeigefinger durchgängig, und man fühlt in dem Leistenkanal den bis zum Hoden hinab verdickten Samenstrang. Schmerzhaftigkeit ist nicht vorhanden.

Der linke äussere Leistenring ist klein und spaltförmig.

22. V. 02. Operation in Chloroformnarkose.

Durch den typischen Hernienschnitt macht man sich den Bruchsack zugänglich. Der Samenstrang ist sehr verdickt und mit der Muskulatur fest verwachsen. Bei Eröffnung des Sackes entleert sich etwas seröser Inhalt. Eingeweide sind nicht darin enthalten. Die peritoneale Bruchsackwand ist mit unzähligen hirsekorn- bis stecknadelkopfgrossen Tuberkelknötchen besetzt, die, wie die genauere Untersuchung ergiebt, eine reihenartige Anordnung, den Lymphgefässen entsprechend, erkennen lassen. Auch in der Bauchhöhle sind Knötchen zu fühlen, und der Peritonealüberzug des Hodens, welcher im Bruchsack liegt, ist ebenfalls von graurötlichen Tuberkeln übersät.

Der Bruchsack wird exstirpiert und nach Reposition des Hodens in das Scrotum wird die Radikaloperation durch Catgut- und Silberdrahtnähte beendigt.

Am 10. Tage nach der Operation wird der Verband gewechselt und die Nähte werden, da gute Wundheilung eingetreten ist, entfernt. Nun leitet man eine Seifenschmierkur ein, und am 13. Tage wird der Knabe auf Wunsch der Eltern nach Hause entlassen.

Acht Tage später habe ich das Kind aufgesucht und lustig spielend angetroffen. Sein Befinden ist gegen früher bedeutend gebessert.

Pathologische Anatomie. Betrachten wir nun vom pathologisch-anatomischen Standpunkt die 32 zusammengestellten Fälle, so fällt sogleich auf, dass ebenso wie in den beiden letzten Fällen auch in den übrigen aus der Litteratur gesammelten das Krankheitsbild der miliaren Knötchenbildung vorherrscht. Ich zähle im ganzen von 28 verwertbaren Fällen 22 dieser Art, von denen etwa ein Drittel ausserdem schwielige Verdickungen oder Verwachsungen zeigt, die aber gegenüber den Miliartuberkeln in den Hintergrund treten.

Als eine 2. Form sehe ich in Übereinstimmung mit Justian die knotige, durch Konfluenz von Miliartuberkeln oder durch käsige Lymphdrüsen entstandene an. Unter diesen Fällen, die 5mal vertreten sind, finden wir, natürlich bei einem zahlreicher als beim andern, Knoten von Erbsen- bis Haselnussgrösse.

Tritt diese Form schon gegen die erste sehr zurück, so ist dies erst recht von dem 3. anatomischen Typus zu sagen, welchen Jonnesco bei der Hernientuberkulose aufgestellt hat. Es kommt dabei zur Bildung zahlreicher, kommunizierender Räume, wie es Hayem in seinem Fall, der der einzige dieser Art ist, beobachtet hat.

Nun ist es allerdings sehr zweifelhaft, ob man diese Formbildung wirklich auf Rechnung der Tuberkulose setzen darf, da Hayem diesen Fall im Anschluss an einen ganz ähnlichen veröffentlichte, der von Tuberkeln nichts erkennen liess.

Ziehen wir nun die Lokalisation des Krankheitsherdes in Betracht, so stellen sich die Verhältnisse, wenn wir das parietale Bauch- und Bruchsackperitoneum als ein Ganzes betrachten, und 2 Fälle mangelnder Angaben wegen ausschliessen, folgendermassen: In 20 Fällen ist nur der Bruchsack tuberkulös erkrankt; in 3 Fällen finden wir nur eine Erkrankung des Inhaltes, der 2 mal Netz und 1 mal ein Ovarium ist; und in 9 Fällen sind Inhalt und Bruchsack zu gleicher Zeit befallen, wobei 5 mal der Inhalt aus Netz und 4 mal aus Dünndarmschlingen besteht.

Aetiologie. Tuberkulose im Bruchsack ist bei den 32 angeführten Personen 34 mal beobachtet. Von den Trägern derselben gehörten 9 dem weiblichen, die übrigen abgesehen von 2, wo Angaben darüber fehlen, dem männlichen Geschlecht an.

Das Alter der Erkrankten ist 24 mal genau angegeben und zwar sind es 9 mal Knaben unter 10 Jahren, und 15 mal Erwachsene zwischen 18 und 52 Jahren. Bei 8 Individuen finden wir keine bestimmten Angaben, doch ist grösstenteils auch aus diesen zu ersehen, dass es sich um erwachsene Personen handelt.

Was die Arten der Hernien betrifft, so finden wir, wie ja auch nach ihrem sonstigen Vorkommen nicht anders zu erwarten ist, die Leistenbrüche mit der Zahl 24 am häufigsten vertreten, und zwar 21 mal bei 20 männlichen und 3 mal bei 2 weiblichen Personen. Schenkelhernien sind 4 mal, und da nur bei Frauen verzeichnet. 6 mal vermissen wir die Angaben.

In Bezug auf das Zustandekommen der Tuberculosis herniosa sind unsere Ansichten andere geworden, als sie Jonnesco vertrat. Er hielt in den 11 von ihm veröffentlichten Fällen die Hernienerkrankung für primär und glaubte, dass von dort aus die weitere Infektion des Körpers von statten gehe. Schon Lejars hatte diese Ansicht ausgesprochen, und auch Southam pflichtete ihm bei. Bruns, dagegen bekämpfte sie als entschieden zu weit gehend, indem er unter anderm den Einwand erhob, dass es dann doch höchst merkwürdig wäre, dass nur so wenig Fälle der medizinischen Welt zu Gesicht kämen. Eingehend hat sich dann auch K. Roth mit dieser Angelegenheit beschäftigt, und er ist in seiner Arbeit, die zur Prüfung dieser Frage von Posner und Levin angestellte Tierexperimente und bakteriologische, durch Garrès und Rovsings Untersuchungen bekannt gewordene Bruchwasserverhältnisse bei normalem oder eingeklemmten Darm, heranzieht, zu der

Ansicht gekommen, die von Bruns zuerst verteidigt und jetzt wohl allgemein angenommen ist. Er sagt: „Tuberkulose der Hernien tritt in einzelnen Fällen als primäre und lokale Erkrankung auf; in der Regel jedoch ist sie eine sekundäre Erkrankung, meist mit Beteiligung des übrigen Peritoneums.“

Prüfen wir nun darauf die Kasuistik, so ergiebt sich, dass in 16 Fällen anderweitige tuberkulöse Affektionen, an den Lungen, der Pleura, dem Kehlkopf oder dem Darm vorhanden waren. Ausserdem fand sich 9 mal, ohne dass sich an andern Organen etwas nachweisen liess, chronische Peritonitis oder doch wenigstens die sehr verdächtige Ascitesflüssigkeit in der Bauchhöhle. 7 mal lassen die mangelhaften oder ganz fehlenden Angaben keine bestimmten Schlüsse zu.

Aus diesen Zahlen geht zur Genüge hervor, dass die sekundäre, mit allgemeiner Peritonitis einhergehende, tuberkulöse Bruchsackerkrankung die bei weitem häufigste ist, denn dass die Lungen oder die anderen aufgezählten Organe in allen Fällen sekundär erkrankt seien, wird wohl niemand ernstlich behaupten wollen.

Anders liegen nun allerdings die Verhältnisse mit dem Peritoneum. Man muss, da Bruchsack und Bauchfell direkt ineinander übergehen, berücksichtigen, dass es unter diesen Verhältnissen äusserst schwer, ja unmöglich sein wird, die Entscheidung für das eine oder andere zu treffen, wenngleich man sich der Ansicht nicht verschliessen darf, dass ebenso wie der Recessus recto-vesicalis oder recto-uterinus ein Bruchsack infolge seiner Lage als „Schlammfang“ wirken wird, und dass so in ihm die ersten Tuberkeleruptionen zur Ausbildung kommen.

Wir haben aber in der ganzen Kasuistik nur einen durch die Autopsie bewiesenen Fall (3), wo das Bruchsackperitoneum ganz allein erkrankt war, die drei übrigen in Betracht kommenden Sektionsprotokolle berichten von all-

gemeiner Bauchfelltuberkulose. Da diesen Fällen gegenüber die bei wenigen Bruchoperationen gemachten Beobachtungen, nach denen das Bauchfell frei zu sein schien, nichts Sicheres beweisen und die gegenteiligen Fälle sehr zahlreich sind, können wir Roth vollkommen darin beistimmen, dass lokale Erkrankungen wohl vorkommen, aber selten sind.

Nicht so gut wie diese Thatsache können wir nachweisen, dass die Erkrankung auch wirklich primär war. Die Sektionen geben uns keinen Anhaltspunkt, denn im Falle 3 war Lungentuberkulose vorhanden. Nur 2 operierte Fälle (25 und 26) weisen uns auf die Wahrscheinlichkeit des Vorkommens hin, da bei ihnen weder hereditäre Belastung noch eine tuberkulöse Erkrankung an einer andern Körperstelle als im Bruchsack nachgewiesen wurde.

Diagnose. In 27 Fällen, welche zur klinischen Beobachtung kamen, wurde nur 4 mal vor der Operation die richtige Diagnose gestellt, und zwar von Bruns (13) nach Punktion aus dem tuberkelbazillenhaltigen Eiter und von Belefrage (20), Herrn Geheimrat Helferich (22) und von v. Brackel (28) aus einem typischen Symptomkomplex: Es waren Anzeichen von Bauchfelltuberkulose vorhanden; der Bruchsack war höckerig verdickt und ohne jeden Eingeweideinhalt, da sich solcher weder durch Palpation, Perkussion noch durch ein sonst bei der Reposition hörbares Geräusch nachweisen liess. Es war nur Flüssigkeit darin enthalten, denn der Tumor liess sich nur durch allseitig wirkenden, gleickmässigen Druck in die Bauchhöhle drängen und füllte den leeren Sack, wenn Patient stand und der Druck nachliess, schnell und gleichmässig wieder aus. Beim Liegen floss der Inhalt von selbst, oder bei ganz geringer Kunsthülfe, in die Leibeshöhle.

Bei diesen Symptomen ist es, falls nicht wie in früherer Zeit völlige Unkenntniss über das Vorkommen der Erkrankung herrscht, das Nächstliegende, die Bruchwandverdickung für

eine Wirkung der im Bauch etablierten Tuberkulose zu halten.

Schwierig, ja unmöglich wird die Diagnosenstellung, wenn der Bruchsack, wie in unserm vorletzten Falle, mit Eingeweideteilen verwachsen ist. Ähnlich liegen die Verhältnisse, wenn, wie im letzten Falle, die Wand nur mit nicht palpablen Miliartuberkeln besetzt ist und keine Abdominalerscheinungen auf die Krankheit hinweisen.

Prognose: Bei Verdacht auf tuberkulöser Bruchsackerkrankung, oder bei gar gestellter Diagnose, ist es für den Verlauf der Krankheit von grösster Wichtigkeit, möglichst schnell operativ einzugreifen. Haben wir doch durch die oft geradezu wunderbare Wirkung der operativen Eröffnung des Bruchsackes nicht nur lokale Erscheinungen von der miliaren und knotigen, ja sogar auch durch Abscesse komplizierten Form, sondern auch Allgemeinerscheinungen in der ganzen Bauchhöhle zurückgehen und ganz ausheilen sehen.

Unter den 27 operierten Kranken, die dazu noch grösstenteils unter Einklemmungs- und Entzündungserscheinungen auf den Operationstisch kamen, sind nur 3 Todesfälle vorgekommen. Von diesen ist nur ein einziger (6) bald nach der Operation an einer akut einsetzenden Peritonitis gestorben, während der zweite (12) durch die Bruchoperation und eine wegen hartnäckiger tuberkulöser Peritonitis nachfolgende Laparotomie zunächst bedeutend gebessert, nach einem Jahr der wiedereinsetzenden Bauchfellentzündung erlag. Der Dritte (21) lebte sogar beim besten Wohlbefinden 2 Jahre und bekam dann nach einem Influenzaanfalle Zeichen von Lungenschwindsucht, an der er nach 6 Monaten zu Grunde ging. Für 12 Fälle ist die Zeit von ½ bis zu 5 Jahren angegeben, in der von einem Wiederauftreten der Krankheit nichts bemerkt wird, und 9 mal wird berichtet, dass die Operation gut verlaufen und

die Wunden gut geheilt seien. 3 mal lassen uns die Angaben über diesen Punkt im Stich.

Therapie: Bei den Operationen müssen wir danach trachten, möglichst alles Kranke zu entfernen und, wenn irgend möglich, die Bruchpforte durch Radikaloperation, wie es in 23 Fällen geschehen ist, zu beseitigen. Nur 2 mal wurde, da es die Umstände nicht anders erlaubten, die Herniotomie gemacht, und nur eine Hernie wurde incidiert, da sie sich als inoperabel erwies. Vor der Laparotomie, die 2 mal angewandt wurde, soll man nicht zurückschrecken, wenn sich die Bauchhöhle bei der Bruchoperation von umfangreichen tuberkulösen Affektionen ergriffen zeigt; denn die schon oben erwähnte wunderbare Wirkung, welche erfahrungsgemäss eine Laparotomie, aber nicht so sicher eine kleine Eröffnung, wie sie bei der Exstirpation des Bruchsackes entsteht, mit sich bringt, wird den grossen Eingriff nicht als zu weitgehend, sondern als vollkommen indiziert erscheinen lassen, da man nur so der Forderung, möglichst viel krankhafte Produkte zu entfernen, gerecht werden kann.

Zum Schluss meiner Arbeit komme ich der angenehmen Pflicht nach, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Helferich, für die Anregung und gütige Überlassung dieser Arbeit meinen besten Dank auszusprechen.

Litteraturverzeichnis.

1. Schmidts Jahrbücher von 1889—1901.
2. Bruns, Beiträge zur klinischen Chirurgie, Bd. IX, 1.
3. Tenderich, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. XLI, 1—3.
4. Roth, Beiträge zur klinischen Chirurgie, Bd. XV, 3.
5. v. Brackel, Petersburger medizinische Wochenschrift, Bd. XXII, 42—43.

   Davon das Referat im

6. Jahresbericht über Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie von 1897.
7. Sternberg, Wiener klinische Wochenschrift, Bd. XI, 9.
8. Justian, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. LX, 1—2.

Lebenslauf.

Ich, Friedrich Wilhelm August Nicks, wurde am 13. März 1876 zu Nahausen in der Neumark als Sohn des Landwirts August Nicks geboren. Ich bin evangelischer Konfession. Die Schule besuchte ich zunächst in meiner Heimat, dann in Königsberg N./M. Das dortige Gymnasium verliess ich Michaelis 1897 mit dem Reifezeugnis. Ich studierte dann 4 Semester in Halle, 1 Semester in Kiel, wo ich die ärztliche Vorprüfung bestand, und 2 Semester in Berlin, um dann wieder auf 1 Jahr nach Kiel zu gehen. Das medizinische Staatsexamen beendete ich dort am 2. Juni 1902, und am 10. desselben Monats legte ich meine Doctorprüfung ab. Von der Kgl. Oberersatzkommission in Berlin bin ich 1900 dem Landsturm ohne Dienst mit der Waffe überwiesen worden.